附件1

县级及以上政府办公立医疗机构

申报增加编制床位流程

一、省卫生健康委委直医疗机构申请增加编制床位，直接向省卫生健康委、省发展改革委提出申请。各市政府举办的市级医疗机构申请增加编制床位，按属地化管理原则向所在市卫生健康委及市发展改革委提出申请，经市卫生健康委及市发展改革委联合初审同意后，将两部门联合上行文同时报送省卫生健康委及省发展改革委。各县（市、区）政府举办的县级医疗机构申请增加编制床位，按属地化管理原则逐级向所在县、市卫生健康行政部门及发展改革部门提出申请，经市卫生健康委及市发展改革委联合初审同意后，将两部门联合上行文同时报送省卫生健康委及省发展改革委。

二、医疗机构申请增加编制床位，应对医疗业务发展、机构建设规划进行论证，以正式文件上报，同时填报《山西省医疗机构申请增加编制床位信息登记表》（附件2）。

申请材料主要包括：

（一）各级卫生健康、发展改革部门及医疗机构增加编制床位申请报告（正式文件）。主要内容为：医院概况、近年来业务发展情况、增加编制床位的必要性、拟通过哪些建设项目保障增加床位的设置、增加床位后在医院感染控制及其他消除医疗隐患等方面制定的相关保障措施等。

（二）《山西省医疗机构申请增加编制床位信息登记表》。主要内容为基本情况和近3年来各项医疗业务指标，包括：原编制床位数、实际开放床位数、实际占用总床日数、年门诊人次、年住院人次、病床使用率、病床周转次数、平均住院日等。

（三）《山西省医疗机构申请增加编制床位信息登记表》中重要指标的辅证材料。主要包括：医疗机构执业许可证、医疗卫生人力资源规划等。

（四） 其它应报送材料。

三、市卫健委及市发改委初审依据和初审内容

（一） 本市区域卫生规划；

（二） 本市区域内现有床位总数；

（三） 本市区域内床位规划总数；

（四） 医疗机构申请增加床位的必要性和可行性。

（政府办社区卫生服务中心、乡镇卫生院不在此列）

附件2

山西省医疗机构申请增加编制床位信息登记表

市卫生健康委、发展改革委/省卫健委委直医院（盖章）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **一、基本情况** | | | | |
| 医疗机构全称： | |  | | |
| 法人代表姓名： | |  | | |
| 联系人： | |  | | |
| 联系电话： | |  | | |
| 详细地址： | |  | | |
| 医疗机构等级： | |  | | |
| \*业务用房面积（平方米）： | |  | | |
| 服务本地人口（万人）： | |  | | |
| \*现有编制床位数及批复时间： | |  | | |
| 现有实际开放床位数： | |  | | |
| 申请增加床位数： | |  | | |
| \*有无改扩建项目支持： | |  | | |
| **二、人员情况** | | | | |
| 年限（近三年） | | 年 | 年 | 年 |
| 卫生技术人员 | 在编人数： |  |  |  |
| 聘用人数： |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医生 | 在编人数： |  |  |  |
| 聘用人数： |  |  |  |
| 护士 | 在编人数： |  |  |  |
| 聘用人数： |  |  |  |
| **三、医疗服务利用情况** | | | | |
| 年限（近三年） | | 年 | 年 | 年 |
| 年门诊人次： | |  |  |  |
| 年出院病人数： | |  |  |  |
| 实际开放床位数： | |  |  |  |
| 实际开放总床日数： | |  |  |  |
| 实际占用总床日数： | |  |  |  |
| 平均开放病床数： | |  |  |  |
| 病床使用率： | |  |  |  |
| 病床周转次数： | |  |  |  |
| 出院病人平均住院日： | |  |  |  |
| 公立医院绩效考核排名： | |  |  |  |

**填表说明：凡标有“\*”的指标，须提供证明材料。**

附件3

县（市、区）增加床位计划备案表

县（市、区）卫生健康和体育局、发展改革局（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 机构名称 | 等级 | 现编制床位数 | 拟增加床位数 | 增加后床位总数 | 近三年平均住院日 | | | 近三年病床使用率% | | | 近三年病床周转次数 | | |
| 年 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| .... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 增加床位前后变化情况 | | 辖区总人口（千人） | 目前编制总床位数（张） | | 目前每千人口床位数(张) | 社会资本举办医疗机构床位数（张） | | 社会资本举办医疗机构占该地总床位比例% | | 增加床位后每千人口床位数（张） | | 增加床位后社会资本举办医疗机构占该地总床位比例% | | |
|  |  | |  |  | |  | |  | |  | | |

附件4

县（市、区）增加床位备案流程

一、县（市、区）直管医疗机构（除政府办医院）申请增加编制床位，应对医疗业务发展、机构建设规划进行论证，以正式文件上报所属县（市、区）卫体局，同时填报《太原市医疗机构申请增加编制床位信息登记表》（附件2）。

医疗机构申请材料主要包括：

（一）增加编制床位申请报告（正式文件）。主要内容为：医院概况、近年来业务发展情况、增加编制床位的必要性、拟通过哪些建设项目保障增加床位的设置、增加床位后在医院感染控制及其他消除医疗隐患等方面制定的相关保障措施等。

（二）《太原市医疗机构申请增加编制床位信息登记表》。主要内容为基本情况和近3年来各项医疗业务指标，包括：原编制床位数、实际开放床位数、实际占用总床日数、年门诊人次、年住院人次、病床使用率、病床周转次数、平均住院日等。

（三）《太原市医疗机构申请增加编制床位信息登记表》中重要指标的辅证材料。主要包括：医疗机构执业许可证、人力资源配置情况等。

二、县（市、区）初审依据和初审内容

（一） 本县（市、区）区域卫生规划；

（二） 本县（市、区）区域内现有床位总数；

（三） 本县（市、区）区域内床位规划总数；

（四） 医疗机构申请增加床位的必要性和可行性。

三、医院在市卫健委医政医管科备案，基层医疗机构在市卫健委基层卫生科备案。符合增床条件的，市卫健委在《太原市医疗机构申请增加编制床位信息登记表》上出具意见，由各县（市、区）卫体局给予正式批复。

附表：太原市医疗机构申请增加编制床位信息登记表

附表：

太原市医疗机构申请增加编制床位信息登记表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **一、基本情况** | | | | |
| 医疗机构全称： | |  | | |
| 法人代表姓名： | |  | | |
| 联系人： | |  | | |
| 联系电话： | |  | | |
| 详细地址： | |  | | |
| 医疗机构等级： | |  | | |
| \*业务用房面积（平方米）： | |  | | |
| 服务本地人口（万人）： | |  | | |
| \*现有编制床位数及批复时间： | |  | | |
| 现有实际开放床位数： | |  | | |
| 申请增加床位数： | |  | | |
| \*有无改扩建项目支持： | |  | | |
| **二、人员情况** | | | | |
| 年限（近三年） | | 年 | 年 | 年 |
| 卫生技术人员 | 在编人数： |  |  |  |
| 聘用人数： |  |  |  |
| 医生 | 在编人数： |  |  |  |
| 聘用人数： |  |  |  |
| 护士 | 在编人数： |  |  |  |
| 聘用人数： |  |  |  |
| **三、医疗服务利用情况** | | | | |
| 年限（近三年） | | 年 | 年 | 年 |
| 年门诊人次： | |  |  |  |
| 年出院病人数： | |  |  |  |
| 实际开放床位数： | |  |  |  |
| 实际开放总床日数： | |  |  |  |
| 实际占用总床日数： | |  |  |  |
| 平均开放病床数： | |  |  |  |
| 病床使用率： | |  |  |  |
| 病床周转次数： | |  |  |  |
| 出院病人平均住院日： | |  |  |  |
| 公立医院绩效考核排名： | |  |  |  |
| **四、县（市、区）卫体局初审意见** | | 签字： 盖章：  时间： 年 月 日 | | |
| **五、市卫健委意见** | | 签字： 盖章：  时间： 年 月 日 | | |

**填表说明：凡标有“\*”的指标，须提供证明材料。**